

Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Livret pédagogique
IFAQ 2022

Quoi ?

Une dotation complémentaire versée à un établissement (ES) au regard de ses résultats par rapport à des établissements comparables. Le dispositif IFAQ s'appuie sur :

- Les indicateurs de qualité et les résultats de la certification produits par la HAS
- Les indicateurs produits par l'ATIH
- Les indicateurs du programme HOP'EN

Pourquoi?

L'évolution du mode de financement hospitalier est un levier d'amélioration en continu des prises en charge des patients dans les établissements de santé, publics comme privés.

Le dispositif IFAQ a été généralisé à partir de 2016 et évolue régulièrement depuis 2019 pour accompagner son extension financière.



Objectifs

Utiliser un levier financier pour améliorer la qualité des soins et de la prise en charge

Diversifier les modes de financement des établissements de santé en intégrant une part liée notamment à la qualité des soins

Qui est concerné ?

Tous les établissements de MCO, HAD, DIA*, SSR et de psychiatrie sont concernés par IFAQ sans démarche préalable de leur part

*établissements réalisant des dialyses

Comment ça marche ?

Les grands principes

Le modèle prend en compte différentes dimensions (satisfaction et expérience du patient, prise en charge clinique, prévention des infections associées aux soins, coordination, etc.)

La rémunération est globale, sur la base des **résultats des indicateurs**

Les établissements sont comparés entre eux au sein de groupes de comparaison homogènes constitués par champ d'activité (MCO, SSR, HAD, DIA et PSY)

Le modèle rémunère le niveau atteint et la progression

- Les groupes de comparaison
- La liste des indicateurs pris en compte
- Les modalités de calcul

... sont décrits dans l'arrêté 2022

Comment ça marche ?

Le montant de l'enveloppe

Pour 2022, l'enveloppe allouée au dispositif est portée à 700 M€ et intègre le champ de la psychiatrie

Le mécanisme d'allocation de l'enveloppe

En 2022, le modèle d'allocation de l'enveloppe est ajusté pour accompagner la montée en charge de l'enveloppe IFAQ dans un contexte post-crise

Enveloppe IFAQ 2022 – 700 M€

```
graph TD; A[Enveloppe IFAQ 2022 – 700 M€] --> B[400 M€ alloués sur la base des résultats de chaque établissement concerné aux indicateurs utilisés dans IFAQ 2022, dans les conditions prévues par l'arrêté]; A --> C[300 M€ répartis entre les établissements au prorata du volume économique (MCO, HAD, SSR, DIA) ou de leurs recettes (PSY) 2019*];
```

400 M€ alloués sur la base des résultats de chaque établissement concerné aux **indicateurs utilisés dans IFAQ 2022**, dans les conditions prévues par l'arrêté

300 M€ répartis entre les établissements au **prorata du volume économique** (MCO, HAD, SSR, DIA) **ou de leurs recettes (PSY) 2019***

* Dans le cas d'un établissement créé après 2019, l'année de référence est 2021

Comment ça marche ?

17 groupes de comparaison constitués par champ d'activité, en fonction du profil et du volume d'activité des ES

MCO	MCO-1	Établissements réalisant au moins 500 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 15 groupes d'activité
	MCO-2	Établissements réalisant au moins 500 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 15 groupes d'activité et moins de 35 groupes d'activité
	MCO-3	Établissements qui réalisent entre 500 séjours (inclus) et moins de 20 000 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité
	MCO-4	Établissements qui réalisent au moins 20 000 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité
	MCO-5	Établissements qui réalisent moins de 500 séjours par an
DIA	DIA-1	Établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant moins de 7970 séances par an
	DIA-2	Établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant au moins 7970 séances par an
HAD	HAD	Établissements exerçant une activité sous forme d'hospitalisation à domicile
SSR	SSR-1	Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques
	SSR-2	Établissements réalisant au moins 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques
	SSR-3	Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques
	SSR-4	Établissements réalisant au moins 730 de séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques
PSY	PSY-1	Établissements dont la file active est supérieure ou égale à 10 000 patients.
	PSY-2	Établissements dont la file active est comprise entre 4 000 et 9 999 patients
	PSY-3	Établissements sectorisés dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients
	PSY-4	Établissements non-sectorisés dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant au moins 1000 journées de prise en charge à temps complet
	PSY-5	Établissements non-sectorisés dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant moins de 1000 journées de prise en charge à temps complet

- Les groupes sont constitués au niveau des entités géographiques pour les établissements MCO, SSR, HAD et DIA et au niveau du FINESS d'allocation de ressources pour les établissements de psychiatrie.
- Les séjours sont comptabilisés hors séance
- Les groupes d'activité sont constitués des racines de GHM définies dans le «Manuel des groupes homogènes de malades»
- Les groupes nosologiques sont définis dans le «Manuel des groupes microéconomiques en soins de suite et de réadaptation»

Comment ça marche ?

Le mécanisme de rémunération

Le montant de la **dotation versée à un établissement par champ d'activité** dépend :

- de l'**enveloppe attribuée à son groupe de comparaison**
- du **volume économique** de l'établissement (*MCO HAD SSR DIA*) ou des **recettes** de l'établissement (*PSY*)
- du **poids de chaque indicateur** dans le modèle IFAQ (*pondération fixée par arrêté*)
- de la somme des **scores obtenus** aux **indicateurs** concernés, rapportée au nombre d'indicateurs pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil

Enveloppe dédiée à la qualité – 400 M€

Répartition de l'enveloppe entre les 17 groupes de comparaison, au prorata :

- du volume économique de chaque groupe (*MCO, HAD SSR DIA*)
- ou des recettes perçues par chaque groupe (*PSY*)



Répartition de l'enveloppe attribuée au groupe de comparaison entre les établissements du même groupe en fonction de leurs résultats aux indicateurs et du poids de leur volume économique* au sein de ce groupe.



Un établissement positionné sur différents champs d'activité est classé dans plusieurs groupes de comparaison (un par champ d'activité), et peut être éligible à une rémunération pour chacun des groupes auxquels il est rattaché

* pour la PSY : en fonction du poids des recettes des établissements au sein du groupe de comparaison

Comment ça marche ?

8 catégories d'indicateurs, dont 5 pourvues d'indicateurs en 2022.



Qualité des prises en charge perçue par les patients

Démarche de certification



Qualité des prises en charge cliniques

Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins



Qualité de la coordination des prises en charge

Qualité de vie au travail



Performance de l'organisation des soins

Prévention



Les fiches descriptives des indicateurs utilisés dans le cadre de l'IFAQ en 2022 sont disponibles ci-dessous :

- Indicateurs HAS :
 - Certification des établissements de santé
 - Indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé
- Indicateurs sur le numérique en santé (programme HOP'EN) sur le site du ministère de la Santé et de la Prévention
- Indicateurs pour l'Amélioration des Prises en charge développés par l'ATIH : Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres en psychiatrie

Quels indicateurs pris en compte?

Indicateurs		MCO	SSR	HAD	DIA	PSY
Qualité des prises en charge perçue par les patients						
Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO	dispositif e-satis	X				
Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire	dispositif e-satis	X				
Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR	dispositif e-satis		X			
Qualité des prises en charge cliniques						
Évaluation et prise en charge de la douleur	dossier patient	X	X	X		X
Tenue du dossier patient	dossier patient			X		
Évaluation du risque d'escarres	dossier patient			X		
Projet de soins projet de vie	dossier patient		X			
Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions	dossier patient					X
Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	dossier patient					X
Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse de hanche hors fracture	bases PMSI MCO	X				
Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse de genou	bases PMSI MCO	X				
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins						
Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse de hanche hors fracture	bases PMSI MCO	X				
Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse de genou	bases PMSI MCO	X				
Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	dossier patient	X				
Qualité de la coordination des prises en charge						
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	dossier patient	X	X			X
Qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire	dossier patient	X				
Coordination de la prise en charge en HAD	dossier patient			X		
Taux de séjours longs (hors soins sans consentement) >90 jours	bases RIM-P					X
Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	bases Osis	X	X	X	X	
Usage d'un service de Messagerie Sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé	bases Osis	X	X	X	X	
Démarche de certification						
Niveau de certification V2014 ou nouvelle démarche de certification pour la qualité des soins	rapport de certification	X	X	X	X	X

Comment ça marche ?

Modalités de valorisation des indicateurs en 2022

1- Modalités usuelles

(indicateurs issus des dossiers patients, indicateurs numériques, e-satis)

Le niveau **atteint** compte pour **50%** et l'**évolution** pour **50%**.

Lorsque l'évolution n'est pas disponible le niveau atteint compte pour 100%



Pour le niveau atteint,

- 70% des ES sont rémunérés au sein de chaque groupe de comparaison
- Un mécanisme de gradation permet de mieux rémunérer les ES proches de la cible qualité (fixée par arrêté).
- Les ES au dessus de la cible qualité sont rémunérés à 100% sur l'indicateur, indépendamment du niveau d'évolution



Pour le niveau d'évolution, lorsqu'elle est observable,

- Les ES sont rémunérés en fonction de l'évolution du résultat entre 2 mesures (0% si évolution négative, 50% si évolution stable, 100% si évolution positive)

Valeur seuil de début de rémunération

Valeur cible de qualité

Min

Max

70% des établissements

**Niveau
atteint**



0%

% proportionnel à l'écart

$$= \frac{\text{valeur obtenue}}{\text{valeur cible}}$$

100%

Un ES dont le résultat à l'indicateur est supérieur à la valeur cible de rémunération est rémunéré à 100% sur cet indicateur, sans prise en compte de l'évolution

Poids de 50%

+

Poids de 50%

Évolution

Évolution négative

0%

Évolution stable

50%

Évolution positive

100%



Comment ça marche ?

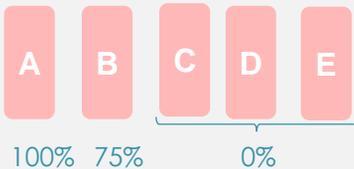
Modalités de valorisation des indicateurs en 2022

2 - Modalités spécifiques

Indicateur certification:

- Taux de rémunération en fonction du niveau de certification, et selon la version de certification:

Valorisation Certification V2014



Valorisation Nouvelle certification pour la qualité des soins



- Pas de classement au sein de chaque groupe de comparaison et pas de prise en compte de l'évolution

Indicateurs ETE ISO ORTHO (MCO) et Mesure des hospitalisations longues (PSY):

- Les résultats obtenus par l'ES sont comparés par rapport à un résultat attendu (= ratio standardisé)
- Il n'y a pas de prise en compte de l'évolution

Pour les indicateurs ETE ISO ORTHO :

- Application d'une règle permettant d'éviter une inéquité entre ES faisant ou ne faisant pas de chirurgie
- Au sein de chaque groupe de comparaison et pour chaque indicateur, les ES concernés par l'indicateur et n'étant pas au résultat attendu voient leur rémunération minorée
- La part de rémunération ponctionnée est redistribuée sur les ES qui sont au résultat attendu par groupe de comparaison

Pour l'indicateur Mesure des hospitalisation longues en PSY:

- Les ES dont le résultat est conforme au résultat attendu sont rémunérés à 100%. Les ES n'étant pas au résultat attendu ne sont pas rémunérés
- Les établissements ne sont pas directement comparés entre eux au sein du groupe de comparaison



Ressources & contacts

Les textes qui encadrent le dispositif IFAQ

- **Article L. 162-23-15** (tel que modifié par l'article 37 du PLFSS pour 2019) du code de la sécurité sociale posant les principes du dispositif
- **Décret du 21 février 2019** fixant les modalités de détermination de la dotation IFAQ et les catégories d'indicateurs
- **Décret du 9 décembre 2021** portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- **Décret du 31 décembre 2022** modifiant certaines dispositions relatives au financement des établissements de santé
- **Arrêté 2022 du 31 décembre 2022** fixant les modalités de calcul du montant de la dotation IFAQ et la liste des indicateurs obligatoires pour 2022

Contacts

- **Pour les questions relatives à IFAQ:**

DGOS-IFAQ@sante.gouv.fr

- **Pour les questions relatives aux indicateurs du programme HOP'EN:**

DGOS-HOPEN@sante.gouv.fr